

Teorías psicodinámicas que fundamentan los Trastornos Límites de Personalidad.

Psychodynamic theories that fund the borderline personality disorder.

Calles Marbán R¹, Ximenez De Embun-Ferrer I², Navarro Morejón L¹, Alcántara Gutiérrez M¹, Povedano García L¹, Sánchez Pavesi A¹, Hernández González M³.

1. MIR Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.
2. PIR. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife.
3. FEA Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen: El trastorno personalidad limítrofe (TPL) es una de las patologías con más notoriedad para el campo de la Psiquiatría. El TPL forma parte del Grupo B de los Trastornos de la Personalidad junto con los trastornos histriónico, narcisista y antisocial de la personalidad tal y como queda recogido en la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 5).

El TPL es una entidad diagnóstica de reciente creación ya que su incorporación a la nosología psiquiátrica se produce sobre la década de los 80 con la aparición del Manual DSM-III, cuestionándose el motivo de su falta de reconocimiento anterior y si en realidad se trata de una enfermedad actual o una nueva representación de la psicopatología, como heredero de la neurosis del siglo XIX y mitad del XX. Esto, sumado a la inexistencia de síntomas patognomónicos, ha provocado en cierta medida una confusión con otros cuadros clínicos. El pensamiento psicoanalítico tradicional hasta ese momento sólo permitía el diagnóstico de neurosis, psicosis y perversiones, impidiendo valorar trastornos como el TPL. Desde la perspectiva psicoanalítica, el trastorno límite se considera un punto intermedio entre la organización neurótica y psicótica de la personalidad. Las explicaciones etiológicas psicoanalíticas para el desarrollo de dicho trastorno son variadas.

Palabras clave: Neurosis, psicosis, personalidad límite, vínculo, apego, identidad.

Abstract: Borderline personality disorder (BPD) is one of the most renown pathologies in the Psychiatry field. The BPD is part of the B Group Personality Disorders along with histrionic, narcissistic and antisocial personality disorders as it is included in the classification of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (DSM 5).



The BPD is a recently created diagnostic entity since its incorporation into psychiatric nosology occurs in the decade of the 80s with the appearance of the DSM-III Manual, questioning the reason for its lack of previous recognition and if in fact it is about a current illness or a new representation of psychopathology, as the heir of the neurosis of the nineteenth and twentieth centuries. This, added to the nonexistence of pathognomonic symptoms, has caused certain confusion with other clinical pictures. The traditional psychoanalytic thought until that time only allowed the diagnosis of neurosis, psychosis and perversions, preventing the assessment of disorders such as BPD. From the psychoanalytic perspective, the borderline disorder is considered an intermediate point between the neurotic and psychotic organization of the personality. The psychoanalytic etiological explanations for the development of this disorder are varied.

Keywords: Neurosis, psychosis, borderline personality, bond, attachment, identity.

Introducción

A principios del siglo XX, el modelo psicodinámico propuso una nueva forma de tratamiento para un amplio grupo de trastornos mentales para los que hasta el momento no existía ningún modelo terapéutico eficaz. En su obra, *Freud* diferenciaba la patología psiquiátrica en dos grandes grupos: por un lado, estaban aquellos pacientes que establecían relaciones transferenciales con el terapeuta que podían ser analizadas, y que llamaba neurosis transferenciales. Por otro lado, estaban aquellos pacientes que no las desarrollaban y por ello estaban excluidos del análisis¹.

Después de la obra de *Freud*, llegaron otras aportaciones sobre las características y tratamiento de los trastornos neuróticos. *Melanie Klein*² consideraba que las imágenes interiorizadas por el niño están intensamente cargadas de afecto y se internalizan de forma escindida, con lo que conviven imágenes de las personas significativas en la vida afectiva del niño totalmente contradictorias, cargadas de sentimientos opuestos: o bien de odio o bien de amor. Así, se retiene una imagen amorosa de la madre cuando una necesidad es satisfecha y cambia a una cargada de odio cuando la necesidad del niño queda frustrada. La capacidad de tolerar aspectos negativos de uno mismo es muy limitada, con lo que son proyectados a las figuras de vínculo emocional cercanas. Desde la segunda mitad del primer año, el desarrollo favorable del vínculo con la madre facilita que las imágenes contradictorias se vayan integrando y disminuya, por tanto, la intensidad de la agresividad ligada a ellas. Esto permite que,

en un momento dado, se tenga una visión empática de la figura de apego o vínculo emocional³, habitualmente la madre o cuidador, y llegue a percibirse el daño que se fantaseó hacia ella en los momentos en que el niño fue frustrado.

A partir de 1967 *Otto Kernberg*⁴ desarrolla, desde el punto de vista dinámico, la conceptualización del síndrome que denominó organización límite de la personalidad (OLP), caracterizado por tres elementos: la difusión de identidad, el predominio de mecanismos de defensa primitivos y una prueba de realidad conservada aunque con ciertos aspectos reducidos, en particular, en situaciones de estrés. Los dos primeros aspectos distinguen este tipo de organización de la estructura neurótica de la personalidad y la prueba de realidad conservada lo que la diferencia de la organización de tipo psicótico.

Para *Kernberg*, los pacientes límite presentan un Yo "débil" donde coexisten estados contradictorios que son consecuencia de relaciones tempranas patológicamente internalizadas. Dicho Yo débil utilizaría defensas muy primitivas y se caracterizaría por la falta de control de los impulsos, la intolerancia a la ansiedad, las dificultades para sublimar y la presencia de desplazamiento hacia procesos primarios de pensamiento. Este autor destaca como problema principal en este tipo de pacientes la incapacidad de sintetizar las identificaciones y proyecciones tanto buenas como malas y consecuentemente se da una invasión crónica de estados afectivos primitivos. Por esto, lo que podría ser un ánimo depresivo ante reacciones adversas se traduce en una rabia

impotente y un sentimiento de derrota. Así van a experimentar sentimientos de inseguridad, inferioridad e incertidumbre, reflejo de sus tipos de vínculos en general. Esto también es usado como forma defensiva y solapamiento de sus sentimientos de omnipotencia. Para *Kernberg* estos pacientes ocultan rasgos narcisistas primarios como una forma de protección de sus sesgadas imágenes de sí mismos y de los objetos externos y su adaptación requiere de mimetismo, fingen ser lo que en realidad serían en otros momentos de un modo más primitivo, consecuencia de su labilidad yoica.

Los pacientes de personalidad límite no pueden generar empatía ya que no pueden ver de manera realista al otro y más aún si tiene un compromiso emocional. Por esto entablan vínculos superficiales a modo defensivo. Al vincularse emocionalmente proyectan, idealizan, se fusionan y tienen la necesidad de someterse. También se generan demandas orales agresivas que tienen que ver con las figuras parentales primarias en donde se manifiestan demandas y manipulación sin consideración ninguna. Así controlan el entorno y no aparecen temores paranoides. Si esto no lo consiguen se retraen como forma de protección. Es frecuente que en estos pacientes se encuentre gran frustración y agresión en los primeros años de vida, que se proyecta y provoca distorsión paranoide principalmente en la figura parental de la madre que luego será extendida a la del padre mediante un proceso de contaminación por la fusión de ambos progenitores⁵.

Posteriormente otra autora, *Margaret Mahler*⁶, psicoanalista cuyos trabajos partieron del estudio observacional del comportamiento del niño, llegó a la conclusión de que el desarrollo del ser humano podía desglosarse en cuatro etapas fundamentales: en primer lugar, una etapa de autismo, en la que el niño está desconectado del mundo del cuidador, una segunda etapa de simbiosis, en la cual el mundo interno del niño no está diferenciado del de la madre y no es capaz de percibirla como alguien independiente ni es capaz de funcionar sin ella. La etapa siguiente recibe el nombre de separación-individuación. En la medida en que el niño se va separando de la madre y adquiriendo un sentido de autonomía, va desarrollando un psiquismo propio y diferenciando unos límites mentales con el mundo e

ideas de la madre. Sin embargo, en esta etapa el niño no puede desligarse de la madre y ello hace que tenga aún una capacidad pobre de manejar sus impulsos internos y dificultades a la hora de definir su concepto de sí mismo. Finalmente, la consecuencia exitosa de todo el proceso descrito sería el momento en el que el niño consigue individualizarse y mantener un yo independiente, capaz de controlar la vida instintiva y de mantener unos límites satisfactorios con las figuras de vínculo.

Así, *Mahler* plantea la presencia de dificultades en el proceso de separación-individualización que el niño sigue para conseguir autonomía y construir su propia identidad. En ese proceso se desarrollaría una intensa ambivalencia hacia el progenitor con quien mantiene un vínculo más estrecho (habitualmente la madre); queriendo mantener el cuidado de dicho progenitor y, al mismo tiempo, deseando también conseguir autonomía, se produciría una escisión entre una imagen positiva y una negativa de la madre. Esta escisión afectaría al propio self del niño, generando la inestabilidad característica del paciente límite.

Nivel de organización límite

Otto Kernberg es el autor que más trabajo ha desarrollado en los últimos años en torno a la patología límite. Autor fuertemente influenciado por las teorías de *Melanie Klein*, parte de la idea de que el desarrollo psíquico del ser humano se produce a partir de la internalización de las interacciones tempranas con los cuidadores. Si el proceso se realiza de forma satisfactoria, lleva a una elaboración adecuada de esas imágenes inicialmente rígidas, contradictorias y cargadas de afecto extremo para acabar llegando a la integración final del yo y a una personalidad sana. *Kernberg* la define así: “la personalidad puede considerarse la integración dinámica de todos los patrones conductuales derivados del temperamento, el carácter y el sistema internalizado de valores^{4,5}”.

Kernberg centra su concepto de personalidad en la integración del yo. Para él, la persona normal se caracteriza por tener un concepto integrado del yo y de las personas significativas, a lo que llama identidad del yo. El logro de esta identidad establece un yo fuerte que permite desarrollar la



empatía con las demás personas, mantener un nivel maduro de dependencia y evaluar adecuadamente a los demás. *Otto Kernberg* estructura tres niveles posibles en la patología psiquiátrica: neurótico, límite y psicótico. Se definen de acuerdo con tres parámetros: el nivel de integración de la identidad, las operaciones defensivas y la prueba de realidad. A nivel defensivo según *Kernberg*⁵, el paciente límite utiliza defensas de carácter primitivo, fundamentalmente la identificación proyectiva y la escisión. En el paciente con organización límite de la personalidad hay difusión de identidad: los aspectos contradictorios de sí mismo y de los demás no están integrados. Esto lleva a que el paciente tenga autopercepciones contradictorias, una visión pobre y hueca de los demás y una experiencia subjetiva de vacío crónico.

Kohut y el tratamiento del narcisismo. Este autor ha sido uno de los psicoanalistas más influyentes en las últimas décadas, y su obra ha sido objeto de estudio y de comentarios constantes⁷. Se propuso definir la estructura de un grupo de pacientes que no respondían a las características de los pacientes neuróticos ni tenían el nivel de gravedad de los psicóticos. A éstos los llamó trastornos narcisistas de la personalidad. La descripción de su psiquismo y su método de tratamiento supuso una visión novedosa del tratamiento a un grupo de cuadros borderline.

Para *Kohut*, el problema central de la psicopatología es el narcisismo. Cree que el niño nace con una visión grandiosa y desproporcionada de sí mismo, llamándola el self grandioso patológico. Este self grandioso madura en relación con la interacción empática con los padres, que van respondiendo a algunas de sus manifestaciones y frustrando otras. El niño va internalizando estas interacciones hasta crear una estructura más sólida y una autoestima más ajustada al contacto con la realidad, mediante un proceso que *Kohut* denominó internalización transmutadora. Para que el self del niño se desarrolle adecuadamente, se requiere que los padres tengan una autoestima equilibrada que les permita responder adecuadamente al niño. En caso contrario, no serán capaces de responder adecuadamente a sus demandas emocionales y se producirá un fallo empático repetitivo. Esto conlleva que el self del niño permanecerá fragmentado, produciéndose la patología narcisista.

Bergeret y el trastorno límite como estructura fallida. Este autor francés considera la organización límite como un fracaso en el proceso de estructuración del psiquismo. Para *Bergeret*⁸, mientras que podemos hablar de estructuras psicótica y neurótica, no podemos hacerlo de estructura límite. No sería una verdadera estructura, sino tan sólo una organización, como consecuencia del fallo a la hora de constituir un psiquismo integrado y sólido. Esta organización es de carácter inestable y fluctuante. Puesto que la persona con esta organización depende en gran medida de la realidad externa y se modula de acuerdo con las lecturas de apego, ese yo que no ha podido organizarse de modo firme y permanente presenta distintas manifestaciones clínicas patológicas a lo largo del tiempo y utiliza distintos tipos de defensas contra ellas.

El concepto de mecanismos de defensa se refiere a las formas en que el sujeto intenta controlar o protegerse de la angustia que le generan la presión de los instintos y los afectos internos, las prohibiciones en contra de estos y los límites que impone la realidad exterior. Los mecanismos de defensa primitivos se originan en la temprana infancia como un primer esfuerzo para protegerse de la ansiedad generada por el conflicto entre las pulsiones libidinales y agresivas.

La personalidad límite como entidad nosológica

En los años 60, con la popularización del concepto de organización límite de personalidad, hubo un enorme aumento del número de diagnósticos de estructuras borderline ligado a la confianza en los tratamientos psicodinámicos prolongados. En esta época se produjo una serie de cambios. En primer lugar, hubo una importante corriente crítica sobre la psiquiatría psicodinámica, en la medida en que despreciaba los elementos empíricos y clínicamente observables. Además, el reconocimiento sobre la confusión nosológica que vivían tanto la psiquiatría más ortodoxa como el psicoanálisis llevó a admitir la necesidad de una mayor homogeneidad en los criterios diagnósticos, con lo que aparecieron los manuales diagnósticos actualmente en vigor.

Uno de los autores clave en este proceso de transición fue *Grinker*⁹ que publicó un famoso

estudio, partiendo de la necesidad de retomar la importancia en la evaluación clínica de los aspectos evidenciables de la conducta, frente a la psiquiatría psicodinámica del momento. *Grinker* planteó que era necesario que existiese una congruencia entre el nivel de gravedad psíquica de un individuo y su conducta observable. Así, la idea frecuente entre psicoanalistas de que personas severamente perturbadas podían tener un buen funcionamiento social, y viceversa, le pareció un contrasentido a este autor. Además, la posibilidad de que existiese esa incongruencia entre la conducta y la estructura interna hacía inaccesible para la ciencia el estudio empírico del psicoanálisis, apartándolo así de las otras ramas de la ciencia de la conducta. Con esta actitud, deudora del modelo de la psicología del yo, *Grinker* y su grupo definieron operativamente grupos de conductas verbales y no verbales referidas a funciones concretas del yo, con el fin de definir empíricamente un constructo que definiría un tipo de personalidad.

Por otro lado, *Gunderson*²⁰ se centró en los aspectos interpersonales del comportamiento para definir el trastorno límite. Para este autor americano este grupo de pacientes experimenta la soledad como una terrible pérdida del yo, frente a la que solamente puede defenderse mediante actuaciones o distorsionando la realidad. Este sentimiento de soledad puede aliviarse, de forma transitoria, mediante objetos transicionales; es decir, objetos que simbolizan la persona a la que se sienten vinculados y cuya presencia puede disminuir sus ansiedades, o por la seguridad de una persona que ofrezca afecto y cariño.

Gunderson considera que cuando el paciente límite siente la amenaza del abandono, aparecen fenómenos clínicos, como la ira y las conductas autoagresivas. Esto genera una importante ambivalencia hacia los demás: sentimientos de culpa si no se le ofrece la ayuda que espera e intenso sentimiento de carga e irritación si se cede a las demandas. Por último, cuando el paciente límite se siente abandonado, reacciona con una pérdida del sentido de la realidad, que se manifiesta clínicamente mediante sintomatología paranoide o disociativa; este sentimiento de vacío puede acompañarse de conductas desesperadas para entrar en contacto con otros, como la promiscuidad. Esto induce en los demás franco

rechazo o deseos de salvarlos de su situación extrema. *Gunderson* relaciona la intolerancia a la soledad como el núcleo de la psicopatología del trastorno y la vincula a las teorías de *Fairbairn* y *Bowlby*² centradas en el apego, y que sitúan lo específico del comportamiento humano en la unión afectiva con un otro significativo. Esto estaría en oposición a aquellos autores, como *Mahler*, que resaltan el miedo a la fusión como un punto nuclear en el límite, que oscilaría entre un intenso deseo de unión y el pánico a fundirse con el otro.

El psicoanalista *George Adler*²¹ fue el primero que intentó aplicar el modelo del déficit de *Kohut* a la personalidad límite. Para este autor, habría que considerar un continuum que oscila entre las personalidades límite, carentes de un sentido cohesionado del self, incapaces de mantener una relación interpersonal estable y con una grave intolerancia a la soledad; y los trastornos narcisistas del carácter, que poseen una mayor integración del self y son capaces de establecer relaciones más estables.

Según *Adler*, el problema estructural que corresponde a las personalidades límite se produce por la dificultad de internalizar una imagen cariñosa y cuidadora de la madre en el momento evolutivo en que ha de hacerse. Esta carencia es consecuencia de la falta de empatía de la madre hacia el niño, lo que hace que sea incapaz de internalizar la imagen satisfactoria de ésta. Así, en situaciones de tensión emocional, el paciente puede no ser capaz de utilizar esa memoria evocativa, utilizando el término de *Adler*, que le permite representar la imagen protectora materna. Esto le hace sufrir intensas regresiones en las que la ansiedad primaria es de aniquilación.

Con todos estos datos, podemos interpretar algunos fenómenos clínicos característicos de la personalidad límite, como el sentimiento crónico de vacío y sus rasgos depresivos, su tendencia a engancharse emocionalmente a personas idealizadas y los episodios psicóticos, que corresponderían a momentos de fragmentación del self, en que las ansiedades primitivas tienen lugar. Para *Adler*, la ira mostrada por el paciente no es consecuencia, como para *Kernberg*, de una pulsión agresiva constitucional que está congénitamente presente en él, sino sentimiento de abandono.



Peter Fonagy y el valor de la metacognición.

Este psicoanalista inglés parte del concepto de Bowlby sobre el apego. Para Fonagy², un vínculo seguro con la figura de apego, fundamentalmente la madre, es la condición necesaria para que se desarrolle un psiquismo sano. Este autor liga la posibilidad de establecer un vínculo seguro con el desarrollo de la capacidad de mentalizar. Además, está comprobado empíricamente que hace falta que los padres, o una figura de apego, tengan esta capacidad para que el niño la consiga elaborar. Dicho de otro modo, ha de haber un individuo significativo que piense los estados mentales del niño para que éste, a su vez, desarrolle la capacidad de relativizar y pensar sobre sus propias ideas y emociones. La mentalización está relacionada con la capacidad de identificar los pensamientos y emociones como meras representaciones secundarias a un determinado estado cognitivo-afectivo y no como la única manifestación mental posible.

A partir de estas ideas, Fonagy elabora una teoría sobre la naturaleza dinámica del trastorno límite de la personalidad. Cree que las personas que padecen un trastorno límite han sido víctimas, en su mayoría, de abuso sexual y físico en su infancia. Estos eventos vitales en el sujeto lo conducen a una interrupción en las capacidades de mentalización entre éste y sus padres, conllevándolo a un funcionamiento con esquemas mecánicos y simplistas de la mente propia y de la de los demás. Respecto a sí mismos, la incapacidad de mentalizarse no les ha permitido establecer un esquema sólido de sí como base de su personalidad y esto les ha llevado a la “difusión de identidad”, recurriendo al término de Kernberg. Junto con ello, su tendencia a evitar permanentemente vivenciar sus emociones y entender las de los demás les hace recurrir al acting out como mecanismo de defensa básico. De hecho, las agresiones a terceros Fonagy las interpreta como una forma de descargar la ira correspondiente al maltrato y rechazo sufridos originalmente. Además, su incapacidad de mentalizar a otros les lleva a establecer relaciones frágiles que funcionan de acuerdo con los esquemas infantiles extremos que no han podido modificar. Esta vulnerabilidad en las relaciones interpersonales les impide hacer nuevos vínculos sanos, con lo que no pueden establecer posibles relaciones emocionales correctoras.

Fonagy toma el concepto de Melanie Klein de identificación proyectiva, mecanismo defensivo esencial, en los inicios del desarrollo del psiquismo, ya que desde el comienzo permite deshacerse de aspectos persecutorios en el otro, primer objeto, como forma de preservar su yo aún frágil y en formación. En el transcurso del tiempo, si todo se va desarrollando de manera adecuada puede llevar a la comprensión, identificándose con otro para encontrar de este modo la empatía necesaria, que conlleva una relación saludable y satisfactoria.

Conclusiones

La organización límite ha planteado dudas sobre si se trata o no de una estructura, dada su inestabilidad y su movimiento aparente entre la neurosis y la psicosis. De hecho, las descripciones teóricas de autores como Kernberg o Kohut, que justifican de forma convincente las variaciones clínicas de los pacientes así organizados y la validez de los diagnósticos de las organizaciones límite, hacen pensar en una estructura sólida en su inconsistencia. Las dos teorías psicodinámicas más relevantes sobre el tema, la de Kernberg y la de Kohut, han creado un importante debate en el psicoanálisis de los últimos años.

Respecto a la teoría de Kernberg, varios estudios empíricos apoyan la existencia de dos pulsiones básicas en el ser humano. Además, es evidente en la clínica que hay un predominio de la agresión en el funcionamiento habitual del paciente límite que condiciona tanto su comportamiento como su forma de entender a los demás. La difusión de identidad en el límite es un fenómeno clínico reconocido por muchos teóricos a lo largo de los años. Kernberg resalta en la estructura límite la existencia de un yo débil incapaz de contener los impulsos, así como que la agresión es una pulsión congénita, de forma que el ser humano sólo se desarrolla de una manera sana si se neutraliza con la libido.

Para Kohut y Adler, se trata de una manifestación secundaria que no aparecería en el caso de que no hubiera vivencias frustrantes en el contexto de una situación no empática. La discusión psicoanalítica, que partió a partir de la tercera teoría de Freud sobre la existencia de una pulsión libidinal y otra destructiva, es para ellos de escaso inte-

rés. Sin embargo, defienden que el paciente que está estructurado con una organización borderline presenta una agresividad desproporcionada que se percibe constantemente en la intolerancia a las vivencias frustrantes y en la envidia.

El concepto que *Mahler* señala como punto central del trastorno límite es su detención en el desarrollo a nivel de la etapa de separación-individuación, y que hace énfasis en el aspecto nuclear dentro de esta patología, que es la incapacidad de mantener una estructura psíquica independiente de otra persona significativa para el individuo. Lógicamente, esta posición intermedia impide desarrollar un psiquismo bien definido y la presencia de ambivalencia sobre las figuras de vínculo. Mientras que el paciente psicótico no ha logrado superar el estado de simbiosis y no puede diferenciar su mundo psíquico del de la persona con la cual se está identificando, el paciente límite sí lo ha logrado, aunque no ha desarrollado una individualidad que le proporcione autonomía. Por tanto, establece múltiples relaciones con objetos intercambiables con los que está pobremente diferenciado y que adoptan la función de sostenerlo, ya que poseen las capacidades que el paciente no ha sido capaz de desarrollar.

Fonagy por su parte, resalta la importancia de la metacognición, pero finalmente no parece quedar claro si la metacognición estimula la ma-

durez emocional y favorece el camino de la diferenciación, o si parte del proceso afectivo de individuación y supone el desarrollo del meta-pensamiento, en la medida en que una persona que funciona en un nivel simbiótico o de separación-individuación tiene absolutamente merma esta capacidad, puesto que requiere un grado de autonomía mental para pensar sobre la mente del otro.

A pesar de que todo esto ha llevado a una visión general bastante homogénea de las características clínicas de lo personalidad límite, existen opiniones distintas sobre la naturaleza de la estructura psíquica que subyace a este comportamiento y sobre la manera más adecuada de afrontar el tratamiento desde el punto de vista psicodinámico. Estas discrepancias teóricas se ponen de manifiesto en la dificultad de consenso acerca de la validez interna del diagnóstico psiquiátrico de los trastornos de personalidad, en el sentido que no sólo es una controversia que moviliza a los psicodinámicos sino que es un arduo debate que atañe e importa a la Comunidad Científica.

“Es necesario acercarse al enfermo poniendo la enfermedad entre paréntesis, porque la definición del síndrome ha alcanzado ya el peso de un juicio de valor, de una etiqueta que sobrepasa la significación real de la enfermedad misma” Basaglia, 1968.

Contacto

Raquel Calles Marbán • rcalleshuc@gmail.com • Tel.: +34 678 416 867

Hospital Universitario De Canarias • Carretera de Ofra S/N • 38320 San Cristobal De La Laguna, Santa Cruz de Tenerife • Islas Canarias, España

Agradecimientos

En particular nos gustaría dar las gracias a J. García-Valdecasas Campelo y A. Vispe Astola por sus valiosos comentarios, así como por su incondicional estímulo y apoyo en nuestros pequeños pasos en este camino de luces y sombras que es la Salud Mental.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan fuentes de financiación o relación personal alguna que pudiera provocar un conflicto de interés en relación con la elaboración de este artículo.



Bibliografía

1. Freud S. *Neurosis y psicosis*. En: Freud S, editor. Obras completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Ed. Amorrortu; 1924.
2. Klein, M. *Envidia y gratitud*. En: Klein M, editor. Obras completas. Tomo III. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1957.
3. Bowlby J. "Attachment. Attachment and Loss". Vol I Londres: Hogarth; 1969
4. Kernberg O. *A psychoanalytic theory of personality disorders*. En: Clarkin J, Lenzenweger M, editores. Major theories of personality disorder. Nueva York: Ed. Guilford Press; 1996.
5. Kernberg, O. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Ed Paidós; 1993.
6. Mahler M. *A study on the separation-individuation process*. En: Stone M, editor. Essential papers on borderline disorders. Nueva York: Ed. New York University Press; 1986.
7. Kohut H. *Teoría del narcisismo*. En: Bleichmar N, Leiberman C, editores. El psicoanálisis después de Freud. Barcelona: Ed. Paidós; 1997.
8. Bergeret J. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Ed. Gedisa; 1996.
9. Grinker R, Werble B, Drye R. The Grinker study. En: Stone M, editor. *Essential papers on borderline disorders*. Nueva York: Ed. New York University Press; 1986.
10. Gunderson J. *Borderline personality disorder. A clinical guide*. Washington: Ed. American Psychiatric Publishing; 2001.
11. Adler G. The myth of the alliance with borderline patients. *Am J Psychiatry* 1979; 136:642-5.
12. Fonagy P. *Attachment, the development of the self and its pathology in personality disorders*. En: Derksen J, Maffei C, Groen H, editores. Treatment of personality disorders. Nueva York: Kluwer academic/Plenum Publishers; 1999.

- Recibido: 27/2/2018.
- Aceptado: 16/5/2018.